

**Anamnesebogen zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge**  
 bitte ausgefüllt zum vereinbarten Arzttermin mitbringen

Name & Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Email: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber:  
 (Name und Anschrift) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung?    Nein     Ja  \_\_\_\_\_  
 (weshalb?)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?    Nein     Ja  \_\_\_\_\_  
 (welche und in welcher Dosierung?, Medikamentenplan beilegen)

Rauchen Sie?    Nein     Ja  \_\_\_\_\_  
 (wie viele Zigaretten pro Tag seit wie vielen Jahren?)

Trinken Sie regelmäßig alkoholhaltige Getränke?    Nein     Ja  \_\_\_\_\_  
 (ca. wie viel Glas pro Tag oder Woche?)

Bestehen Erkrankungen im HNO Bereich?    Nein     Ja  \_\_\_\_\_  
 (z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus, chronische Reizungen der Gehörgänge)

Bestehen Erkrankungen der Augen?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(z.B. erhöhter Augeninnendruck, Linsentrübung, Makuladegeneration)

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(Alter der Sehhilfe)

Bestehen Erkrankungen des Nervensystems?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(z.B. Krampfleiden/Epilepsie, Migräne, Schwindel)

Bestehen Erkrankungen der Lunge/Bronchien?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(z.B. Asthma, chronische Bronchitis)

Bestehen Erkrankungen von Herz oder Kreislauf?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, Bluthochdruck)

Bestehen Stoffwechsel- oder Immunerkrankungen?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenfunktionsstörungen)

Bestehen Erkrankungen oder Irritationen der Haut?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(z.B. Neurodermitis, trockene, rissige Haut im Winter)

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(welche?)

Bestehen sonstige Erkrankungen/Einschränkungen?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus, chronische Reizungen der Gehörgänge)

Impfungen bisher gut vertragen      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
( Impfbuch mitbringen)

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum )

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)      MK 10/22